

TI_GERICHTE 32.2014.191 vom 28. November 2007

TI Tribunale d'appello, 2007-11-28, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2014.191_d20071128

FR: TI_GERICHTE 32.2014.191 du 28 novembre 2007

IT: TI_GERICHTE 32.2014.191 del 28 novembre 2007

Regeste

Assicurato al beneficio di 3/4 di rendita fa valere un peggioramento dello stato di salute. Non vi sono motivi per scostarsi dalla decisione dell'UAI

Erwägungen

E. 27

aprile 2015 al consid. 6.2 dove il TF ha rammentato che di principio deve essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti a causa dei particolari legami che essi hanno con il paziente [cfr. anche DTF 125 V 351 consid. 3b/cc pag. 353]), dr. med. _____, FMH medicina interna generale, non sono atte a sovvertire le conclusioni peritali e si esauriscono in una descrizione delle patologie e delle limitazioni già note e prese in considerazione nel referto del 10 settembre 2014 e non apportano particolari elementi di novità. Nel caso di specie il curante rammenta che l'interessato è in sua cura dal 2004 in seguito ad un'importante problematica panvertebrale con interessamento prevalentemente cerviconucale e lombospondilogeno e descrive patologie già ampiamente considerate dai periti del SAM. In particolare il generalista evidenzia le frequenti cefalee di cui soffre il ricorrente, con dispepsia, episodi di nausea e/o strepiti di vomito, che sono state oggetto di esame a livello peritale (cfr. il consulto neurologico del dr. med. _____: doc. AI 148-37: “ [...] Il peggioramento delle cefalee (ricorrenti all'incirca ogni 3 mesi nel 2012, quando il P. era stato valutato dal Dott. _____, anche 3-4 volte alla settimana attualmente) è probabilmente da interpretare su base tensiva ”; come, implicitamente, confermato dal curante, dr. med. _____: doc. B: “ [...] una eziologia dal punto di vista neurologico dovrebbe essere esclusa ”; cfr. anche l'anamnesi sistemica della perizia SAM: doc. AI 148-11: “ [...] talvolta nausea in concomitanza con la cefalea e con i dolori cervicali ”) e, a differenza di quanto accertato nella perizia del 19 settembre 2012 (doc. AI 92-5: diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa: emicrania senz'aura) fanno ora parte delle patologie con influenza sulla capacità lavorativa dell'interessato (doc. AI 148-15: cefalee prevalentemente tensive). Il curante non apporta alcun elemento nuovo neppure per quanto concerne le patologie reumatologiche, descrivendo le malattie croniche già approfonditamente esaminate (cfr. certificato del curante, Dr. med. _____: doc. B: “[...] sintomatologia dorso-lombo-sacrale [...] deambulazione che solitamente non può essere prolungata oltre 15 minuti [...] fa fatica a sollevare i pesi che superano normalmente i 10 kg [...] presenta una sintomatologia lombo radicolare bilaterale accentuata alla tosse forte o allo starnuto che definisce bene come “coltelli” ben compatibile con una sindrome radicolare [...] problematica della caviglia sx” ” e cfr. le diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa poste dai periti del SAM, doc. AI 154-1: sindrome cervicospondilogeno cronica, lombosciatalgia cronica a sinistra, sindrome lombospondilogeno cronica, periatropatia omero scapolare a destra e artralgia caviglia sinistra; cfr. anche doc. AI 92-40).

Del resto, la terapia indicata dal curante il 1° ottobre 2014 (doc. B) è simile a quella descritta dai periti (cfr. doc. AI 148-12). 2.5.2. Per quanto concerne invece le valutazioni del 15 dicembre 2014 (doc. C) e del 3 settembre 2015 (doc. D) del dr. med. _____, FMH reumatologia, questo TCA rileva quanto segue. Lo specialista rileva di aver visto “ il paziente per la prima volta, 3 mesi dopo la valutazione del SAM, ovvero il 15.12.2015 (recte: 2014), trovando un quadro diverso da quello descritto dal SAM, non avendolo visto prima non posso dire come fosse prima, sicuramente posso dire che il quadro da me valutato è diverso e non mi risulta che il paziente sia stato successivamente visitato dal SAM o da altro perito dopo le mie considerazioni ed i miei quesiti ” (doc. D). V a qui rammentato che secondo costante giurisprudenza l'autorità giudicante deve limitare l'esame del caso alla situazione effettiva che si presenta all'epoca in cui è stata resa la decisione impugnata, in concreto l'11 novembre 2014, ritenuto che fatti verificatisi ulteriormente possono influire quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa. I fatti accaduti posteriormente e che hanno modificato questa situazione devono di regola formare oggetto di un nuovo provvedimento (cfr. fra le tante: DTF 121 V 366 consid. 1b; 116 V 248 consid. 1a). Nel caso di specie lo stesso reumatologo rileva di aver visitato l'insorgente dopo l'emissione della decisione e di non poter dire come fosse la situazione prima del suo esame. Ne segue che, di per sé, le sue valutazioni non sono atte a modificare le conclusioni tratte dai periti del SAM. In ogni caso, anche se si volessero prendere in considerazione, i nuovi referti non modificherebbero l'esito della valutazione del SAM. Nel certificato del 15 dicembre 2014 il dr. med. _____ ha rilevato che in occasione della visita di medesima data l'insorgente ha descritto le patologie di cui è affetto (già prese in considerazione dal SAM), ma che “ non ho potuto vedere alcuna radiografia od esame e il referto dell'8.5.2013 mi parla di una radiculopatia C7 all'ENG, definita cronica e di una stenosi a livello C4/C5 con una compressione della radice C5, ma non ho oggettivazione radiologica di queste diagnosi ” ed ha dovuto procedere all'esame del ricorrente sulla base di “ questi limiti ” (doc. C). In conclusione ha affermato che per “ chiarire il quadro, sarebbe opportuno avere la documentazione medica sino ad ora eseguita e se non effettuati, utile una RMN cervicale e lombare, una nuova ecografia della spalla destra operata, una visita neurologica con esame ellettroneurografico sia agli arti inferiori che superiori ”, rilevando di poter “ ipotizzare come diagnosi un quadro simile a quello cervicale anche a livello lombare con protrusioni e irritazione sciatica, a cui si è sovrapposta una sindrome miofasciale reattiva ”. Lo specialista ha poi sostenuto che “ prima di procedere con eventuali terapie locali, vorrei verificare che esami sono disponibili e effettuare quelli necessari per poter proporre un idoneo percorso terapeutico ” e “ per il momento prescrivo unicamente un miorilassante ”. Non si è invece espresso circa i sintomi cefalgici “ cosa che potrà poi fare il neurologo ” (doc. D). Il dr. med. _____ si è pertanto limitato a prescrivere un miorilassante, ha posto diagnosi simili a quelle poste dai periti (cfr. doc. C: “ posso ipotizzare come diagnosi un quadro simile a quello cervicale anche a livello lombare con protrusioni e irritazione sciatica, a cui si è sovrapposta una sindrome miofasciale reattiva ”), e non si è espresso circa la capacità lavorativa del ricorrente. Con il suo referto non ha portato particolari elementi di novità atti a sovvertire la completa perizia del SAM del 10 settembre 2014. Certo, in occasione della visita del 15 dicembre 2014 il reumatologo ha rilevato che “ la pressione delle sacro iliache è modicamente dolente ” a sinistra, mentre “ la pressione degli spazi L4/L5/S1 scatena una risposta dolorosa con iperreattività da parte del paziente ” ed ha pure riscontrato una ipotrofia della coscia sinistra di oltre 2 cm relativamente alla destra e una diminuzione netta

dei ROT (nдр: riflessi osteotendinei) medio plantare e achilleo a sinistra rispetto a destra (doc. C pag. 2: “ [...] Alla ricerca dei riflessi osteotendinei abbiamo una netta simmetria sx maggiore di destra, con un allungamento dell'area riflessogena e queste manovre scatenano un dolore al paziente. La caviglia di sx è nettamente limitata nella mobilità ma è pur sempre mobile e la pianta dei piedi rivela due volte asimmetriche con piattismo anteriore ”; cfr. anche doc. D). Tuttavia anche i periti del SAM ed i consulenti, in particolare il neurologo, dr. med. _____ ed il reumatologo, dr. med. _____, che hanno visitato l'insorgente (doc. AI 148-35 e 148-40), hanno tenuto conto di questi aspetti (cfr. doc. AI 148-13, perizia SAM: “ Estremità inferiori: tono muscolare leggermente diminuito a sin. [...] Riflessi osteotendinei: patellare particolarmente vivo a sin. e achilleo sin. diminuito [...] Circonferenze degli arti inferiori: 10 cm sotto la rotula 35 cm a ds. e 33 cm a sin., 15 cm sotto la rotula 32 cm a ds. e 29 cm a sin.[...] ”; doc. AI 148-36, consulenza neurologica: “ [...] leggera ipotrofia della gamba sin e leggero raccorciamento dell'arto inferiore sin, stato da artrodesi alla caviglia [...] Riflesso rotuleo medio-vivo simmetrico, achilleo medio-vivo a ds, debole a sin (artrodesi), plantare in flessione [...] Deambulazione con marcata zoppia per scarica antalgica dell'arto inferiore sin [...] spiccata dolenzia alla pressione dell'articolazione sacro-iliaca sin. [...] da molti anni il P. accusa dolori lombari irradianti all'arto inferiore sin. di origine mista, in presenza di una piccola ernia discale paramediana sin L4-L5 [...] ” ; doc. AI 148-42/43 consulenza reumatologica: “[...] Dolenzia alla palpazione paravertebrale bilaterale della colonna tra C5/Th2 [...] Dolenzia alla digitopressione subacromiale, [...] CAVIGLIE: mobilità articolare molto ridotta a sinistra con flessione/estensione 20/0/0 [...] ”). I periti ed i consulenti del SAM hanno esaminato e preso in considerazione, contrariamente a quanto sembra ritenere il dr. med. _____ (cfr. doc. D: “ Pertanto il fatto più eclatante è che ci sono molti indizi che indirizzano verso una patologia della colonna lombosacrale, ma questo distretto anatomico non viene considerato nelle varie perizie controlli ”) anche la patologia alla colonna lombosacrale (cfr. diagnosi perizia SAM, doc. AI 148-14: “ lombosciatalgia sin. cronica, probabilmente pseudoradicolare in A. con protrusione discale sin. L5-L4 alla MRI, nota da anni, senza sicuro conflitto disco-radicolare ”; consulto neurologico doc. AI 148-36: “ da molti anni il P. accusa dolori lombari irradianti all'arto inferiore sin. di origine mista, in presenza di una piccola ernia discale paramediana sin L4-L5 [...] ”; consulto reumatologico, doc. AI 148-41: “ Nella perizia del 19.09.12 sono diagnosticate una capsulite retrattile spalla dx in stato dopo sutura della cuffia dei rotatori, acromio plastica, borsectomia, tenotomia del capo lunghi del bicipite il 28.01.11, sindrome lombo-spondilogenica cronica associata a sindrome radicolare irritativa cronica verosimilmente L5 a sx su ernia discale L4/L5 a sx, già descritta nel 2006 [...] ” e diagnosi, doc. AI 148-44: “ [...] sindrome lombospondilogenica cronica su/con alterazioni degenerative, carico inergonomico sulla III diagnosi, insufficienza muscolare ”). Non trovano di conseguenza conferma le censure circa l'assenza di una presa in considerazione da parte dei periti del SAM della sindrome lombare. La patologia fa parte delle diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa (doc. AI 148-14), è stata ampiamente esaminata dai periti (doc. AI da 148-16 a 19), le limitazioni derivanti da questa patologia sono state ritenute (doc. AI 148-20: “ Dal punto di vista neurologico, la riduzione della capacità lavorativa dipende essenzialmente dai dolori legati alla patologia ortopedica (sindrome cervicale, periatropatia della spalla, sindrome lombospondilogenica, artrosi della caviglia sin.). Il nostro consulente attesta una capacità lavorativa dei 2/3. Dal punto di vista reumatologico la limitazione è data dalle limitazioni della spalla ds., d'altro canto dalle difficoltà a muoversi e a sollevare pesi a causa dell'artrodesi della caviglie e

dell'alterazione degenerativa della colonna cervicale. Le valutazioni neurologica e reumatologica prendono in considerazione gli stessi limiti funzionali”; sottolineature del redattore) e gli specialisti coinvolti, in particolare anche il consulente in reumatologia, dr. med. _____, hanno confermato e preso atti dei contenuti della perizia e concordano con le diagnosi e le conclusioni ivi contenute (cfr. in particolare doc. AI 148-27 e 148-28). Le limitazioni determinate dalla patologia alla colonna lombosacrale sono dunque state prese in considerazione e confermate anche dal reumatologo (cfr. anche doc. AI 148-21). Nella valutazione della capacità lavorativa si è di conseguenza tenuto conto anche dell'irritazione cronica della radice L5 da ernia discale L4/L5 (cfr. ancora una volta, la diagnosi, doc. AI 148-14: “ Lombosciatalgia sin. cronica, probabilmente pseudoradicolare in A. con protrusione discale sin. L5-L4 alla MRI, nota da anni, senza sicuro conflitto disco-radicolare ”), ma i periti hanno dato una valutazione diversa della sua incidenza sulla capacità lavorativa rispetto a quanto accertato, peraltro successivamente all'emissione della decisione impugnata, dal dr. med. _____. Non vi sono motivi per ritenere che i periti abbiano tralasciato di valutare tutte le patologie di cui è affetto il ricorrente. Va qui abbondanzialmente rammentato che il TF ha più volte avuto l'occasione di ribadire che la differente valutazione medica tra il curante ed il perito è spiegabile con la diversità degli incarichi assunti (a scopo di trattamento piuttosto che di perizia: cfr. sentenza 9C_697/2013 del 15 novembre 2013 consid. 3.2, sentenza 9C_151/2011 del 27 gennaio 2012, cfr. anche sentenza 9C_949/2010 del 5 luglio 2011, nonché sentenza 9C_9/2010 del 29 settembre 2010). Al ricorrente va ugualmente ricordato che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (cfr. ad esempio sentenza citata 9C_721/2012 consid. 4.4 con riferimento; sentenza 9C_697/2013 del 15 novembre 2013, consid. 3.2). Anche perché il medico curante, che vede il proprio paziente quando il disturbo si trova in una fase acuta, tende a farsi un'idea diversa della gravità del danno alla salute rispetto al perito il cui esame invece non si focalizza sulla necessità di cura in un dato momento (sentenza 9C_697/2013 del 15 novembre 2013, consid. 3.2; SVR 2008 IV n. 15 pag. 43 consid. 2.2.1 [I 514/06]). Quanto alla circostanza che il dr. med. _____, medico SMR, è un generalista, in questo specifico contesto non è rilevante, essendosi in sostanza limitato a constatare, nelle annotazioni del 14 gennaio 2015 e del 10 luglio 2015, la correttezza dell'agire dei periti del SAM e l'assenza di particolari novità nel certificato del 15 dicembre 2014 del dr. med. _____. 2.6. Va ora esaminato qual è la percentuale di capacità lavorativa del ricorrente nella precedente attività e nelle attività confacenti ed adatte al suo nuovo stato di salute. Alla luce di un'incongruenza nell'indicazione della capacità lavorativa in attività leggera, il 24 giugno 2015 il TCA ha interpellato l'UAI per ottenere una spiegazione in merito (cfr. consid. 2.3). Il SAM, dopo aver diffusamente riesaminato la questione (pag. da 1 a 3), ha affermato che: " (...) Complessivamente, come anche stabilito nell'ambito della discussione plenaria del 2.9.2014, tutti i periti sono concordi nel ritenere l'A. abile al lavoro nella misura del 40% nell'attività precedentemente svolta. In un'attività lavorativa leggera-adatta l'A. viene ritenuto abile al lavoro pure nella misura del 40% come descritti ai punti 9.1.1 e 9.1.2. Al nostro punto 9.2 la capacità lavorativa del 50% è un refuso, andrebbe scritto 40% in attività lavorative leggere-adatte. Tale capacità lavorativa in attività leggera e adatta è ritenuta del 40% considerando la cronicizzazione del quadro clinico e dei nuovi sintomi di cui lamenta l'A. quali le cefalee, anamnesticamente aumentate anche se ora vengono descritte di origine tensiva quindi nell'ambito di un dolore cronico di per sé ha mostrato delle modifiche lievi,

da una parte vi è stato un miglioramento a livello lombare e un peggioramento a livello cervicale e un'intensificazione delle cefalee. Abbiamo ritenuto che, pur nella stazionarietà del quadro clinico, considerando il tutto nell'ambito del colloquio di consenso collegiale, l'A. andava ritenuto anche in un lavoro leggero-adatto abile nella misura del 40%. Lo stato di salute con le modifiche di vari leggeri miglioramenti e peggioramenti descritti può essere considerato stabile da sei mesi precedenti la perizia SAM esperita nel settembre 2014. In conclusione il 40% di capacità lavorativa in un'attività adeguata e adatta non è di per sé dovuta a un peggioramento dello stato di salute dell'A. rispetto alla valutazione del 2012 in quanto i limiti funzionali e di carico della precedente perizia del 2012 sono sempre gli stessi, ma è frutto di una valutazione complessiva dove è stata presa in considerazione la cronicità dei disturbi, il fatto che l'A. è fuori dal circuito lavorativo da diverso tempo, prendendo in considerazione tutta la sua storia clinica e l'iter assicurativo che ha presentato, nonché il fatto che l'A. è del 1954 e a maggior fatica può essere integrato in una nuova attività lavorativa, per questo vi è stato un arrotondamento dell'inabilità lavorativa al 60% con una capacità lavorativa residua del 40%.” (doc. XI) Alla luce delle risposte del SAM questo TCA deve di conseguenza ritenere che l'assicurato è abile al lavoro al 40% non solo nella precedente attività, ma anche in attività leggere. La circostanza che la differenza del grado di capacità lavorativa attuale (40%) rispetto alla precedente valutazione contenuta nella perizia del 19 settembre 2012 (50%) sfociata nella decisione del 27 novembre 2012 (cfr. consid. 2.3), sia dovuta ad un peggioramento dello stato di salute (come sembra sostenere il medico SMR, dr. med. _____, con l'annotazione del 10 luglio 2015 [doc. XI/2] oppure ad una diversa valutazione di uno stato di salute rimasto invariato (come sembra emergere dalla risposta del SAM, doc. XI) nel preciso caso di specie è irrilevante. Infatti, anche volendo prendere in considerazione l'ipotesi più favorevole per il ricorrente, ossia ritenere che vi sia stato un peggioramento dello stato di salute, egli avrebbe comunque diritto al massimo a $\frac{3}{4}$ di rendita come finora. Conformemente ad un principio generale applicabile anche nel diritto delle assicurazioni sociali, all'assicurato incombe l'obbligo di ridurre il danno (DTF 123 V 230 consid. 3c pag. 233; DTF 117 V 275 consid. 2b pag. 278, 394 consid. 4b pag. 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer-Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572). In virtù di tale obbligo, l'assicurato deve intraprendere tutto quanto è ragionevolmente esigibile per ovviare nel miglior modo possibile alle conseguenze della sua "invalidità", segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa, se necessario, in una nuova professione (DTF 113 V 22 consid. 4a pag. 28 e sentenze ivi citate; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 296 segg.). Non è quindi dato alcun diritto ad una rendita se la persona interessata è in grado di percepire un reddito tale da escluderne l'erogazione (DTF 113 V 22 consid. 4a pag. 28; RCC 1968 pag. 434). Alla luce di quanto esposto il ricorrente, per ridurre il danno, deve continuare a mettere a frutto questa sua capacità nella sua precedente professione. In questo caso è quindi indicato un raffronto percentuale dei redditi (cfr. sentenza 9C_633/2014 del 15 giugno 2015, consid. 6.2 con riferimenti; DTF 114 V 313 consid. 3a e riferimenti; STF I 759/2005 del 21 agosto 2006; Omlin, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, tesi Friburgo 1995, pag. 154). Ritenuto che il grado corrispondente di capacità lavorativa del 40% (60% di incapacità lavorativa) del ricorrente nella precedente ed in qualsiasi attività dà diritto a $\frac{3}{4}$ di rendita (art. 28 cpv. 2 LAI), non vi sono i presupposti per concedergli una prestazione superiore. Va qui rilevato che il Tribunale federale, in una sentenza 9C_294/2008 del 19 marzo 2009, ha ritenuto corretto considerare che un'assicurata, inabile al lavoro al massimo

al 30% sia nella sua professione abituale, che in altre attività, presenta un grado di invalidità del 30%. Alla medesima soluzione l'Alta Corte è arrivata in una sentenza 8C_558/2008 del 17 marzo 2009 per un assicurato inabile al lavoro al 50% nella sua professione; in una sentenza 9C_396/2009 del 12 febbraio 2010 per un'assicurata inabile al lavoro al 40% nella sua professione; in una sentenza 9C_444/2009 del 16 settembre 2009 per un assicurato inabile al lavoro al 50% sia nella sua precedente professione che in altre attività. Ad un'analogia soluzione è giunta l'Alta Corte anche nella sentenza 9C_396/2009 del 12 febbraio 2010, concernente un'assicurata inabile al lavoro al 40% nella sua professione. Nella sentenza I 759/2005 del 21 agosto 2006 l'Alta Corte ha rammentato che: " Du moment que l'intéressé est capable d'exercer son ancienne profession, une comparaison des revenus en pour-cent est indiquée (cf. ATF 114 V 313 consid. 3a et les références). Ainsi, le revenu d'invalide qu'il pourrait escompter gagner en mettant à profit sa capacité de travail correspond au minimum à 80% du revenu réalisable sans invalidité, dès lors que les experts du MEDAS ont attesté une diminution de rendement - de la capacité de travail - de 10% à 20%. Son incapacité de gain doit donc être fixée à 20% au maximum, ce qui n'ouvre pas le droit à une rente de l'assurance-invalidité." In concreto l'insorgente è incapace al lavoro nella misura del 60% in tutte le attività, ciò che gli permette di avere diritto a $\frac{3}{4}$ di rendita (cfr. sentenza 9C_633/2014 del 15 giugno 2015, consid. 6.2; cfr. anche sentenza 32.2013.91 del 26 novembre 2014; sentenza 32.2013.175 del 17 giugno 2014, confermata dalla sentenza 9C_542/2014 del 5 febbraio 2015; sentenza 32.2012.189 del 21 febbraio 2013; sentenza 32.2010.209 del 13 gennaio 2011; sentenza 32.2010.69 del 9 dicembre 2010; sentenza 32.2010.197 del 15 dicembre 2010). 2.7. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza le spese per complessivi fr. 500.-- vanno poste a carico del ricorrente.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.